

CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE TRẺ EM VÀ PHÒNG NGỪA KHUYẾT TẬT (CHDP) ĐƠN TRƯỚC KHI GIA NHẬP

Chỉ Dẫn cho Cha Mẹ hoặc Bệnh Nhân

- Muốn được khám sức khỏe hôm nay miễn phí, quý vị phải cung cấp các chi tiết cần thiết trong mẫu đơn này. Chi tiết do quý vị cung cấp sẽ được giữ kín. Đây là một chương trình tự nguyện (Tiêu Đề 17, Bộ Luật Điều Lệ California, Các Đoạn 6802 và 6832).
- Điền và ký mẫu đơn này có thể giúp quý vị hoặc con quý vị được khám sức khỏe toàn bộ ngày hôm nay và có thể hưởng các dịch vụ nha khoa, thị lực, tâm thần, và các dịch vụ sức khỏe khác miễn phí cho tháng này và tháng tới.

Bệnh nhân có dưới 19 tuổi hay không? Có Không

Gia đình quý vị có bao nhiêu người? _____

Lợi tức của gia đình quý vị trước khi trừ thuế là bao nhiêu? \$ _____ Hàng Tháng Hoặc \$ _____ Hàng Năm

- Quý vị hoặc con quý vị có thể hội đủ điều kiện được tiếp tục bảo hiểm chăm sóc sức khỏe qua Medi-Cal hoặc Healthy Families. Nếu quý vị trả lời KHÔNG cho câu hỏi này, quyền lợi về sức khỏe, nha khoa, và thị lực của bệnh nhân sẽ ngừng vào cuối tháng tới. Quý vị vẫn hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ phòng ngừa CHDP.

Tôi muốn xin được tiếp tục bảo hiểm qua Medi-Cal hoặc Healthy Families.

Có Không

Chi Tiết Bệnh Nhân

Bệnh nhân có Thẻ Căn Cước Quyền Lợi Tiểu Bang California (BIC) hay thẻ Medi-Cal hay không? Có Không

Nếu có, số căn cước trên thẻ BIC là gì (nếu có số này)? _____

Tên bệnh nhân —Họ

Tên

Tên Lót

Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Phái tính

Nam

Nữ

Nếu quý vị vô gia cư, đánh dấu vào đây. Ghi địa điểm tổng quát trong phần "Địa chỉ nhà" và điền phần "Địa chỉ gửi thư".

Địa chỉ nhà

Số Apartment

Thành phố

Tiểu bang

Số ZIP

Quận cư trú

Địa chỉ gửi thư (nếu khác địa chỉ nhà)

Số Apartment

Thành phố

Tiểu bang

Số ZIP

Số an sinh xã hội của bệnh nhân (*nhiệm ý*)

Tên mẹ —Họ

Tên

Chi Tiết Cha Mẹ/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Tên cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân vi thành —Họ
niên sống độc lập không thuộc trách nhiệm của cha mẹ

Tên

Tên Lót

Số điện thoại nhà
()

Số điện thoại sở
()

Số điện thoại nhắn tin
()

Quý vị nói ngôn ngữ gì ở nhà?

đọc rành nhất?

Chứng Nhận

Tôi xin khám sức khỏe CHDP ngày hôm nay. Tôi chứng nhận rằng tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này. Tôi tuyên khai rằng các chi tiết tôi cung cấp là sự thật, đúng, và đầy đủ.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoặc bệnh nhân vi thành niên sống độc lập không thuộc trách nhiệm của cha mẹ

Quan hệ với bệnh nhân

Ngày

Mỗi người có quyền xem hồ sơ ghi chi tiết cá nhân của họ. Viên chức có trách nhiệm lưu chi tiết này là Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320. Chi tiết này cũng được lưu trong hồ sơ y khoa của con quý vị.